

# Organisation du retour à domicile

Place de l'IDE de coordination des sorties

I. Pouban  
Infirmière de Coordination  
Institut Bergonié  
22 juin 2010

# [ Le contexte national ]

---

Plan Cancer 2003-2007 - Mesure 33 :

« faciliter la prise en charge et le suivi de proximité des patients atteints de cancer par une meilleure insertion des médecins généralistes dans les réseaux de soins en cancérologie ».

Plan Cancer 2009-2013 - Axe Soins :

Améliorer le parcours de soins des patients.

Assurer une continuité entre l'hôpital et le domicile.

Mettre en place une coordination pour éviter des sentiments de rupture ou d'abandon.

# [ Le contexte dans l'établissement ]

---

Audit réalisé sur les sorties durant trois mois (déc.2008 à fév 2009) :

## Enquêtes :

- Après de 60 patients sortants.
- Après des médecins traitants, des IDE libéraux, des patients au domicile et structures d'accueil.

## Constats :

- Points faibles organisationnels.
- Défaut d'anticipation dans l'organisation de la sortie du patient.
- Méconnaissance de l'offre extérieure de services de soins (HAD, ...) par les professionnels hospitaliers.
- Manque de lien entre les professionnels (communication et coordination).

# [ Contexte ]

---

⇒ Mise en place d'un dispositif d'aide à l'organisation des sorties des patients.

**Accord Direction** : temps IDEC en mai 2009.

# Objectifs et modalités d'intervention

## Objectifs :

- ❖ Apporter un appui aux soignants des étages d'hospitalisation dans l'organisation des sorties.
- ❖ Veiller à la coordination des intervenants en maintenant un contact avec les professionnels de ville après la sortie.

## Actions :

- ❖ Centraliser les informations médico-sociales des patients pouvant influencer le processus de sortie.
- ❖ Proposer à l'oncologue référent des modalités d'organisation de sortie (RAD, orientation structure, ...).
- ❖ Après accord médical, organisation de la sortie des patients en lien avec l'équipe soignante et en lien avec les professionnels de ville.

# Objectifs et modalités d'intervention

## Modalités :

- ❖ Contact avec le médecin référent.
- ❖ Contact avec les soignants / les soins de support de l'IB prenant en charge le patient.
- ❖ Contact avec le patient et son entourage.
- ❖ Contact avec les professionnels intervenants à domicile avant la sortie.
- ❖ Contact avec les patients et soignants de ville après la sortie à J3.

# [ Pour quels patients ? ]

---

Ce sont des personnes hospitalisées pour lesquelles la sortie s'avère problématique par :

- Le choix des modalités de sortie.
- L'organisation nécessaire.
- Les soins requis.

Définition d'une situation complexe :

***Le cumul de plusieurs de ces facteurs permet de qualifier "la situation complexe".***

- Poids de la dépendance.
- Contexte social difficile.
- Epuisement de l'entourage.
- Fin de vie.

# Exemple : une situation

**RCP soins de support** : participe à la décision d'orientation : RAD.

*Madame R. 75 ans, suivie pour un cancer du sein en récurrence locale et métastatique, paraplégique, sous hormonothérapie, désire rentrer à son domicile.*

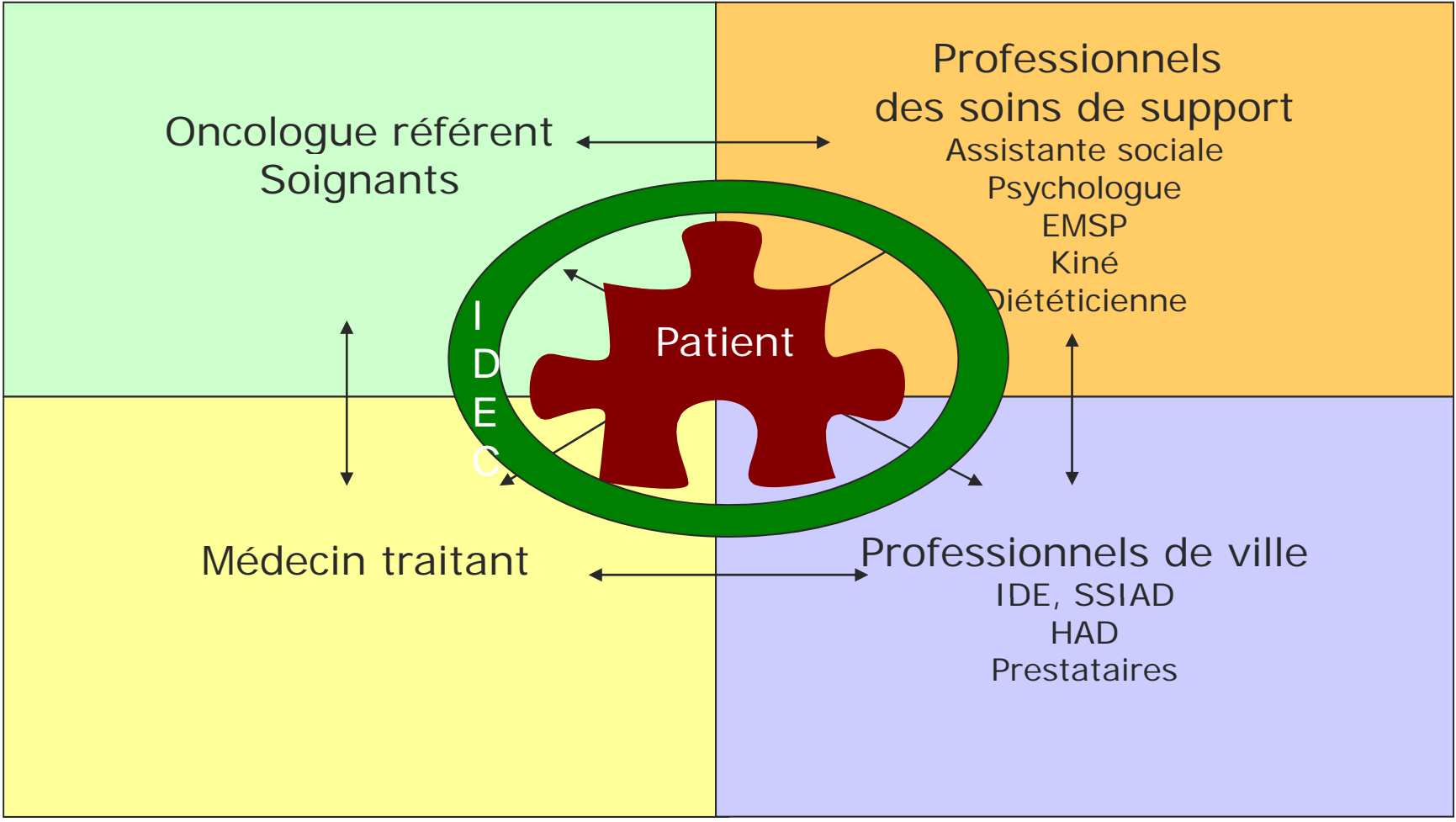
- Recueil informations : lecture du dossier patient (DMI), rencontre des soignants, rencontre patient/famille pour souhaits et possibilités,
- Contact médecin traitant pour accord / contact service social : aides à domicile.
- Organisation sortie : contact IDE libéral, prestataire, pharmacie.
- Contact à J3 : patients/professionnels : RAS.
- Permanence téléphonique : appel à J10 du médecin traitant pour aggravation de l'état cutané du sein : soins locaux ? changement hormonothérapie ?

Informe l'oncologue référent : bilan, CAT sur les soins locaux, demande planification d'une consultation oncologie couplée à une cs pansement.

Contact médecin traitant. Communique les infos données + RDV

- A date de consultation : transmet informations sur les soins locaux vers les professionnels de ville

# Place de l'IDEC



# [ L'IDEC ]

---

L'IDEC ne se substitue pas à l'équipe soignante hospitalière, aux professionnels de ville.

Il évalue, informe, et coordonne.

Il fait l'interface ville-hôpital : liens avec les professionnels de ville, suivi après sortie.

Principe d'une prise en charge dans l'Interdisciplinarité : savoir et pouvoir échanger pour la pertinence de la prise en charge.

# Bilan sur 12 mois (1)

## Les patients :

- **Patients hospitalisés en Oncologie médicale.**
- **Organisation de RAD avec HAD, SSIAD, IDE, prestataires de service.**
- **Liens avec les SOS de l'Institut ( EMSP, Psychologues, Diététiciennes, Assistantes Sociales...).**

L'IDE Coordinatrice a été contactée pour évaluation de la faisabilité d'une sortie et organisation de la sortie pour 91 patients sur une période de **6** mois.

## **Bilan sur 12 mois (2)**

Les modalités de sortie des patients :

- **55 % sont rentrés à domicile avec éventuellement soins infirmiers et/ou aide ménagère.**
- **20 % sont rentrés à domicile avec une structure médicalisée (HAD, réseau soins palliatifs).**
- **13 % ont été orientés vers une structure d'accueil (SSR, USP).**
- **12 % sont décédés à l'Institut Bergonié.**

### **Sur le plan organisationnel :**

- Mise à jour avec le service social d'un annuaire des professionnels de ville et structures (SSIAD, HAD, réseaux de santé...).
- Rencontres avec différentes structures d'accueil (SSR, HAD, réseaux de soins, prestataires de service.

# Les difficultés rencontrées

## Avec les professionnels :

- Difficulté de certains professionnels à comprendre le poste, à comprendre l'apport d'un IDEC, à travailler en interdisciplinarité.
- Perception comme une menace, empiètement sur son territoire (organisation/coordination et non dans l'action).
- Résistance au changement.

## Liées aux limites de l'organisation établie :

Intervention ponctuelle auprès du patient, non anticipée, avec une continuité de suivi limitée, non définie.

# Conclusion

**Chaque projet de sortie est une construction qui nécessite une approche multidisciplinaire (RCP SOS) :**

1. Du temps pour connaître la personne, sa personnalité, son mode de vie, sa situation familiale, sociale, économique, environnementale, professionnelle...
2. Suivre son évolution dans la structure hospitalière.
3. Guider le patient et son entourage en fonction de ses choix et de son niveau d'autonomie.
4. Intégrer la personne et les proches dans les réseaux de services existants autour du domicile.

**Limites du projet :** intervention de l'IDEC à un temps donné (hospitalisation).

**Perspectives :** Elargir les missions à l'ensemble du parcours de soins (du DA à l'après cancer). Cf IDE de coordination de parcours de soins (INCa).